THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

95

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 décembre 1904, à 1 heure

PAR

Georges NICOD

De la Faculté de Médecine de Paris

L'APPENDICITE RÉTRO-CAECALE

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges : MM. BERGER, *professeur.*
FAURE et AUVRAY, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de l'Hôpital Broca.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

L'APPENDICITE RÉTRO-CAECALE

INTRODUCTION

C'est un fait démontré à l'heure actuelle que l'appendice est l'origine de toutes les inflammations ou tout au moins de la très grande majorité des infections englobées jadis sous le nom de périty phlite. Depuis vingt ans, un nombre considérable d'observations ont été publiées, et tout a été dit, semble-t-il, à ce sujet. Nous n'avons nullement l'intention de refaire ici l'histoire de l'appendicite normale, nous ne nous occuperons seulement que de cette variété d'appendicite caractérisée au point de vue anatomique par la situation de l'appendice en arrière du cœcum et remontant sur sa face postérieure, au point de vue clinique par une

symptomatologie assez spéciale, et au point de vue opératoire par l'emploi d'une technique particulière afin d'éviter d'infecter la grande cavité péritonéale qui, dans cette forme appendiculaire, est le plus souvent respectée au début et parfois même jusqu'à la fin, tout le processus inflammatoire pouvant se cantonner en arrière du cœcum, ou fuser vers la région rénale et même la dépasser.

Avant d'entrer plus avant dans la question, nous sommes heureux d'adresser à tous nos maîtres de Paris l'hommage de la plus affectueuse reconnaissance.

M. le professeur Pozzi, notre ancien maître, en particulier est l'objet de nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

C'est un devoir pour nous aussi, de nous rappeler que ce modeste travail nous a été inspiré par M. le Dr Jayle, chef de clinique à l'hôpital Broca, qui s'est toujours mis à notre disposition pour nous assister de ses conseils. Nous l'en remercions.

Dans notre profonde gratitude envers tous ceux qui nous ont initié dans l'art de la médecine, notre reconnaissance va droit à nos maîtres de l'École de Médecine de Besançon, qui ont été les premiers guides au début de nos études.

A eux tous merci !

CHAPITRE I

Historique.

L'histoire de l'appendicite rétro-cœcale se confond avec celle de l'appendicite normale ; en raison, cependant, de la situation profonde de l'appendice, elle se rapproche davantage, semble-t-il, de l'ancien phlegmon de la fosse iliaque, si souvent décrit par Grisolle, Dupuytren, Trousseau.

A l'époque, en effet, où l'on connaissait à peine l'appendicite et fort mal l'anatomie de la région cœcale, les phlegmons d'origine intestinale étaient considérés comme fréquents. Dupuytren semble avoir été le premier en 1828 à mettre en évidence les relations des phlegmons et abcès de la fosse iliaque droite avec les affections du cœcum. Peu à peu la question a été étudiée et tandis qu'à l'Étranger, il faut citer les noms de Goldbeck, de Copeland, d'Abers, de Johne Burne, en France, l'enseignement classique a surtout pour base un remarquable mémoire de Grisolle. Tous les auteurs

insistent sur le rôle du cœcum et de ses perforations ; il n'est question nulle part du vermium.

Il est vrai cependant qu'à une époque bien antérieure, certains auteurs comme Mestivier en 1759, Jadelot en 1808, Mélier et plus tard Leudet avaient établi la réalité de la perforation de l'appendice, mais ces observations étaient considérées comme des faits exceptionnels.

A l'époque de Grisolle, l'anatomie du cœcum était fort mal connue. Le cœcum, disait-on, est bien en rapport avec le péritoine, mais le feuillet séreux se borne à tapisser sa face antérieure, et en arrière il n'y a pas de méso. On comprend toutes les conséquences de cette disposition du cœcum dans le cas de perforation de la paroi postérieure ; le cœcum étant, en effet, en rapport immédiat avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, sa rupture détermine un épanchement de matières stercorales dans le tissu cellulaire ; dès lors, la formation du phlegmon est facile ; on ne voit que phlegmon, il n'est question nulle part de péritonite.

Mais lorsque Trèves, Tuffier nous firent connaître l'anatomie du cœcum, lorsque ces auteurs nous eurent appris que cet organe était non plus accolé à l'aponévrose iliaque mais enveloppé de péritoine, on commença à comprendre que, les collections purulentes compliquant la typhlite avaient pour siège, non le tissu cellulaire, mais le péritoine de la fosse iliaque, c'étaient non des phlegmons, mais des péritonites.

Il y avait là un abus ; dans un article de la *Gazette hebdomadaire* de 1888, Broca montre que la péritonite

ne saurait exister seule, et que le phlegmon iliaque existe dans certains cas.

Pendant ce temps l'appendicite a pris naissance. En 1883 elle est encore inconnue, nous n'en donnerons comme preuve que la relation d'autopsie de Gambetta signée de chirurgiens comme Verneuil, Lannelongue et où il est dit qu'on a trouvé « une large et profonde infiltration purulente en arrière du côlon et de la paroi abdominale ainsi qu'un léger degré de péritonite générale » et on conclut à une typhlite sans songer à l'appendicite rétro-cœcale cause de tout le mal.

Puis de 1882 à 1886, les chirurgiens américains, Sands Fitz, Mac-Burney etc... s'"étant mis à pratiquer l'incision de la paratyphlite de bonne heure, découvrent que l'appendicite est la cause du mal ; c'est alors que ces idées se font jour parmi nous avec Maurin en 1889, Talamon, Roux de Lausanne, Dieulafoy etc. se font les ardents défenseurs de cette maladie, et l'appendice absorbe à lui seul la pathologie de la fosse iliaque.

C'est au cours des nombreuses opérations d'appendicite qu'on s'aperçut que dans certains cas, l'abcès siégeait en arrière du cœcum, et que cet abcès coïncidait souvent avec la présence de l'appendice en arrière de cet organe. Gerster, dans un article du *New-York Journal* en 1890, signale l'appendicite rétro-cœcale. Talamon en 1892 nous apprend « qu'un grand nombre de faits rapportés comme des exemples de typhlite primitive ulcéreuse ayant déterminé une périty phlite suppurée par perforation du cœcum, sont des inflammations de l'appendice ainsi dévié en arrière ; puis Dieulafoy

dans ses cliniques, Couraud (Lyon 1894), Jayle (1) 1894, Villaret (1898), Pucciarelli (1898), Vautrin (2), Ménard (Thèse de Paris, 1901) Cestan (3) insistent sur les complications de l'appendicite rétro-cœcale, et des difficultés de son diagnostic, mais c'est surtout au point de vue opératoire du mode d'intervention que se sont multipliées les observations. Le Dentu (4) en 1896 se demande si l'appendicite rétro-cœcale doit être opérée à chaud ou à froid. Grinda, en 1897, Duret indiquent de nouveaux procédés d'opérations, puis Brault, Goinard dans le *Lyon Médical*, 1898, nous montrent tous les dangers d'infection que présente l'opération de cette appendicite anormale.

1. F. Jayle. Diagnostic des appendicites. *Presse médicale*, 17 février 1904.

2. Vautrin. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898.

3. Cestan. *Archives médicales de Toulouse*, 1904.

4. Le Dentu. *Bulletin Académie de Médecine*, mars 1896.

CHAPITRE II

Anatomie.

APPENDICE RÉTRO-CŒCAL. RAPPORTS QUE PEUT AFFECTER L'ABCÈS A SON VOISINAGE.

L'appendice vermiforme est un diverticulum du gros intestin, attaché à la partie postéro-interne du cul-de-sac cœcal ; c'est un organe atrophié, un vestige rudimentaire représentant chez l'homme le cœcum si développé des herbivores et des rongeurs.

On n'est pas fixé sur sa physiologie, elle est probablement nulle ; c'est un organe riche en tissu lymphoïde (1) et dont les dimensions sont très variables. Sappey lui attribue le volume moyen d'une plume à écrire, et une longueur de 8 à 10 centimètres ; mais Fergusson cite des cas où il est réduit à un petit tubercule et d'autres où il atteint 25 à 30 centimètres avec le volume du doigt.

Traversé d'un canal étroit qui le fait communiquer

1. Thèse de Bardon, Paris, 1904.

avec la cavité du cœcum : le vermium occupe les situations les plus diverses. Le plus souvent on le rencontre dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, au voisinage du détroit supérieur. Il est maintenu là en position par un repli du péritoine qui lui forme une sorte de mésentère, c'est le méso-appendice. Au point de vue de sa direction l'appendice est suivant le cas, ascendant, descendant, externe, interne ; la fréquence de chacune de ces variétés est discutée.

Lafforgue qui a soigneusement examiné l'appendice, sur deux cents sujets de tout âge et des deux sexes, donne les chiffres suivants : le type ascendant s'observe avec une proportion de 13 0/0, le type descendant avec une proportion de 41,5 0/0 ; le type latéral interne et le type latéral externe avec une proportion de 26 0 0 et de 17 0/0 : le type ascendant constituerait la disposition la plus rare.

Ces chiffres ne sont pas acceptés par tous les auteurs et ils ne s'accordent guère sur la fréquence de la situation rétro-cœcale du vermium, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. C'est ainsi que d'après Jonnesco et Charpy, Tarnetzky l'aurait noté 19 fois sur 56 sujets soit 33 0/0, Fergusson 65 sur 200 soit également 330/0, Tuffier 20 fois sur 118 soit 17 0/0 qui est sensiblement le chiffre de Trèves 18 0/0, de sorte que cette fréquence varierait pour ces auteurs groupés deux par deux de 33 à 17 0/0, c'est-à-dire du simple au double. Mais il semble que chez les malades atteints d'appendicite ; la position rétro-cœcale du vermium et de l'abcès se rencontre un peu plus souvent encore que sur le

cadavre, et l'on est presque tenté de penser avec Mariau (1) ainsi que nous le verrons plus loin, que l'appendicite postérieure est relativement fréquente.

Quand l'appendice est rétro-cœcal, il se rencontre en haut et en arrière, passe derrière le cœcum, le côlon ascendant, tantôt intimement appliqué à leur paroi postérieure, tantôt libre et mobile ; par son extrémité libre il se porte à droite vers le rein et le foie, ou bien à gauche vers la face postérieure de l'extrémité terminale de l'iléon et du mésentère.

Suivant la longueur de l'appendice, on peut distinguer trois variétés d'appendicite rétro-cœcale.

a). *Variété basse.* — L'appendice se met en rapport avec l'intestin et le cœcum. Appliqué par le péritoine sur la face postérieure du cœcum ; il devient extra-péritonéal dès qu'il dépasse la ligne de réflexion du feuillet viscéral dans le feuillet pariétal. Il repose dès lors sur le psoas dont il peut déterminer l'inflammation. (Vincent art. Psoitis du *Diction. Dechambre.*)

b). — *Variété moyenne.* — Toujours en rapport en avant avec le côlon ascendant, l'appendice se rapproche de la colonne vertébrale. Cette variété donne naissance aux abcès lombaires et même dans un cas a simulé un abcès vertébral pottique (Obs. XI).

c). — *Variété haute.* — L'appendice est en connexion avec le rein droit et plus haut avec le foie. Plusieurs observations d'appendicite prises pour des vésiculites confirment ces idées anatomiques (2).

1. Mariau. Bibliographie anatomique 1900.
2. Rochard. Chirurgie d'urgence. O. Doin, Editeur.

Dans la grande majorité des cas le cœcum et son appendice sont complètement enveloppés de péritoine et libres dans la cavité abdominale 92 0/0 ; cependant sur certains sujets, le péritoine forme en arrière du cœcum un repli plus ou moins développé, le méso-cœcum qui le rattache à la fosse iliaque ; sur d'autres on voit la séreuse passer tout simplement sur le face antérieure de l'organe et l'appliquer contre le plan sous-jacent. Mais ces deux dispositions sont rares et, sur 120 sujets examinés par Tuffier, 9 seulement avaient le tiers supérieur et postérieur du cœcum dépourvu de péritoine, et en contact par conséquent avec la paroi iliaque (1).

Sur l'appendice, ce péritoine se comporte absolument comme une anse d'intestin grêle, et lui forme un véritable méso qui rattache l'organe en question d'une part au cœcum, d'autre part à la portion terminale du mésentère.

L'appendice rétro-cœcal est donc en rapport en avant avec la face postérieure du cœcum et du côlon, et en contact en arrière sur toute sa longueur avec l'aponévrose iliaque qui le sépare du psoas, cette aponévrose étant doublée sur l'une et l'autre de ses faces d'une couche celluleuse plus ou moins chargée de graisse.

Voyons maintenant ce que va devenir le pus dans le cas d'appendicite rétro-cœcale. Dans ces conditions, l'abcès va se collecter autour du cœcum, et tend à faire tumeur dans l'espace costo-iliaque ou dans la région

1. Anatomie Poirier.

lombaire, au-dessus de la crête iliaque. Qu'il soit d'abord intra ou extra-péritonéal, peu importe en pareil cas, l'abcès se comporte comme s'il était toujours cellulaire ; l'isolement de la grande cavité péritonéale se faisant facilement dans cette région.

Limité en avant par le gros intestin, en arrière et latéralement par la paroi latérale et postérieure de l'abdomen, l'abcès en raison de la couche musculaire qu'il aurait à perforer ne tend guère à s'ouvrir à l'extérieur. Ainsi formé cet abcès peut rester isolé complètement dans la grande cavité péritonéale grâce à des adhérences soit récentes, soit friables, soit anciennes et très solides; et on a alors affaire à une simple péritonite enkystée.

Quant au volume de l'abcès, il est très variable depuis les dimensions d'une noisette (Obs. XIV) jusqu'à celles d'une grosse orange (Obs. IX). En outre cet abcès est unique, ou il peut y en avoir plusieurs communiquant entre eux.

Cependant bridé en avant, en arrière et par côté, l'abcès a des tendances à se porter en haut et en bas.

En haut, en effet, l'abcès rétro-cœcal peut fuser le long de la face postérieure du côlon jusqu'au foie et provoquer des infections hépatiques (Obs. XVI) ou péri-hépatiques, des abcès sous-phréniques (Obs. de Spillman) redoutables; d'autres fois perforant le diaphragme le pus envahit la plèvre, déterminant ainsi des pleurésies purulentes (Obs. XV), des gangrènes du

1. Spillman. *Presse médicale*, 7 septembre 1898.

poumon (Obs. XVI), si bien mises en relief (1) par Dieulafoy. La capsule adipeuse du rein est souvent infectée (Obs. VII), et on a constaté de véritables phlegmons périnéphrétiques à la suite d'appendicite rétro-cœcale.

En bas le pus peut fuser dans la fosse iliaque comme la variété d'abcès pré-rectale et s'ouvrir dans la vessie le rectum, le vagin, ou fuser dans le canal inguinal et les bourses (2), mais ces cas sont rares; le pus tend plutôt à monter ; de plus il est important de retenir que dans cette forme d'appendicite, le vermium se met en rapport sur une étendue variable avec l'uretère qui trace au pus une voie facile vers la loge rénale ou vers le bassin (Obs. IX).

D'autres fois l'abcès rétro-cœcal s'ouvre dans le cœcum (Obs. XIII), Dieulafoy en cite un cas avec Pozzi et Weil, et Villaret, dans sa thèse, constate qu'un grand nombre de perforations intestinales du cœcum sont dues à des appendicites à type remontant et situées en arrière du cœcum ; on a signalé aussi l'ouverture de l'abcès dans le côlon ascendant.

Si l'appendice rampe au contact du péritoine qui tapisse la fosse iliaque, ou si, ce qui est rare, le cœcum est en contact direct avec la paroi iliaque, il pourra se produire une péritonite enkystée, mais il pourra aussi se produire des adhérences entre le péritoine appendiculaire et le péritoine iliaque ; fortement bridé en avant

1. Dieulafoy. Clinique.

2. Jalaguier. *Traité de chirurgie.*

le pus pourra infiltrer, traverser le péritoine, infecter le tissu cellulaire rétro-péritonéal, et on assistera alors au phlegmon iliaque qui s'étale en nappe au devant de l'aponévrose, et qui somme toute n'est qu'une de ces variétés de para-appendicites étudiées par Monod et Vanverts.

La disposition anatomique de l'appendice n'est peut-être pas étrangère à ce genre d'évolution de l'appendicite rétro-cœcale, et Fergusson nous apprend que sur deux cents sujets, soixante-sept avaient un appendice dont la situation et les rapports avec le péritoine étaient tels, qu'une perforation se serait ouverte dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cependant l'aponévrose iliaque pour une raison ou pour une autre peut ne pas résister ; dès lors le muscle est altéré et on assiste alors à l'évolution d'une véritable psoïte, psoïte appendiculaire (Obs. XII) signalée pour la première fois par Gangolphe (1) et Couraud (Thèse de Lyon).

Enfin, l'inflammation peut se transmettre jusqu'à la face antérieure du cœcum en contournant cette portion du gros intestin (Obs. XVIII) et la collection rétro-cœcale communique alors avec l'abcès pré-cœcal, déterminant ainsi une péritonite diffuse, généralisée à tout l'abdomen.

Il semble cependant que cette péritonite diffuse a moins de chance de se produire dans la variété d'appendicite qui nous occupe ; car l'appendice est isolé

1. Société des sciences médicales de Lyon, 1894.

derrière le cœcum, entre les lames du méso-côlon ou entre les adhérences du cœcum au plancher iliaque loin de la grande cavité péritonéale, mais on aurait tort de compter sur ces adhérences, la malade de l'observation IV fut opérée le seizième jour de l'affection, et il n'existait pas la moindre adhérence.

Habituellement l'appendice est perforé, gangreneux, comme dans le cas de Gambetta, et il semble même qu'il le soit plus souvent dans la variété rétro-cœcale, c'est d'ailleurs l'opinion de Jacob (1) mais nous savons que cette perforation n'est pas nécessaire pour produire des accidents, les lésions appendiculaires pouvant provoquer la péritonite par passage de microbes et des toxines à travers les parois sans que le processus appendiculaire ait abouti à la perforation.

Enfin il est bien évident qu'abandonnée à elle-même l'appendicite rétro-cœcale peut entraîner au point de vue anatomo-pathologique des désordres plus graves encore, nous n'en donnerons comme preuve que le bulletin d'autopsie de Gambetta (Voir obs. I.).

1. Jacob *Thèse de Paris*, 1892-1893.

CHAPITRE III

Etiologie.

CAUSES SPÉCIALES D'INFLAMMATION D'APPENDICITE RÉTRO-CAECALE

Les théories concernant la pathogénie de l'appendicite se sont ressenties des théories qui avaient été émises pour expliquer la pathogénie de ce qu'on supposait être la typhlite. On a accusé tantôt la constipation, tantôt la diarrhée sans bien savoir exactement lequel de ces deux états extrêmes étaient le plus coupable ; on a accusé les corps étrangers, les fragments d'os, les coquilles d'œufs, les épingles, l'émail, les pépins de fruits, le régime carné, la syphilis, que sais-je encore !!

Actuellement sans méconnaître l'importance du « vase clos » la plupart des auteurs considèrent la théorie de M. Dieulafoy, comme trop exclusive, et l'on admet que l'infection est la cause déterminante de l'appendicite, mais que des causes adjuvantes favorisent son développement en exaltant la virulence des microbes contenus ; aussi nous sommes-nous demandé si

dans l'appendicite rétro-cœcale, en raison de la position ascendante, l'appendice ne présentait pas quelques causes spéciales d'inflammation.

Et tout d'abord l'appendicite rétro-cœcale est-elle fréquente? Nous avons vu dans le chapitre précédent que les auteurs ne s'accordent guère sur la fréquence de la situation rétro-cœcale du vermium sur le cadavre; il en est de même à l'état pathologique.

Vautrin (1) pense que les appendicites anormales sont plus communes, qu'on ne le pense. L'appendice peut se trouver en position anormale par le fait d'adhérences prises dans la vie fœtale, de malformations ou de migration du cœcum, et de changement de situation de l'appendice par rapport à l'ampoule cœcale (ces dernières seraient les plus fréquentes).

D'après Bérard, cité par Dormoy (th. 96-97) la position la plus fréquente serait la position iliaque postérieure rétro-cœcale.

D'après lui la position de l'appendice doit varier chez le même sujet suivant l'état de distension ou de vacuité du cœcum, suivant le décubitus ou la station droite. Il semblerait donc que la position rétro-cœcale observée dans le plus grand nombre des cas soit due à ce que les sujets examinés étaient depuis quelque temps déjà dans le décubitus, et que l'appendice examiné chez des sujets sains tenus en station droite avant et après leur mort, même peut-être seulement depuis leur mort serait plus souvent en position pelvienne.

1. *Revue de gynécologie et chirurgie abdom.*, 58.

Ce qui est certain, c'est que cette variété momentanée de position de l'appendice est le fait à un degré divers de tous les organes abdominaux ; elle est d'autant plus marquée que l'organe est plus indépendant. Des modifications surviennent à chaque instant dans la statique abdominale ; la réplétion ou l'évacuation des réservoirs pelviens sont autant de phénomènes qui modifient à la fois l'état du cœcum et par suite la position de l'appendice ; il n'est pas jusqu'aux mouvements propres de l'intestin qui ne puissent avoir une action, et pourquoi ne pas admettre que la tunique musculaire de l'appendice ne puisse en se contractant comme toute autre portion de l'intestin modifier la disposition de cet organe ?

Bien plus il semble que chez les malades atteints d'appendicite, la position rétro-cœcale du vermis et de l'abcès se rencontre un peu plus souvent que dans le cadavre. Nous avons vu, en effet, qu'en prenant une moyenne, les auteurs arrivaient à trouver sur le cadavre 33 à 17 0 0 d'appendice à position postérieure ; on serait presque en droit de conclure au même chiffre d'appendicites rétro-cœcales. Il n'en est pas ainsi, semble-t-il, cette statistique ne s'applique pas au vivant. Mariau (1) qui s'est occupé de la question nous apprend, en effet, que dans les 4 5 des cas, ou presque, l'appendice malade est trouvé en position ascendante derrière le cœcum. La position rétro-cœcale si rare d'après la statistique chez le sujet normal serait donc d'une énorme fréquence 60 à 70 0 0 chez le malade. C'est

1. Mariau. *Bibliographie anatomique*, n° 8, 1900.

peut-être un peu exagéré, en tout cas, il faudrait conclure que cette position rétro-cœcale constitue une prédisposition à l'appendice.

D'ailleurs, Mariau appuie ses idées sur une théorie assez ingénieuse. Il pense que l'appendice ne s'enflamme pas parce qu'il est situé derrière le cœcum, mais qu'il se place derrière le cœcum parce qu'il est enflammé, et qu'il existe pendant la vie des conditions variables susceptibles de faire varier la position de l'appendice.

Si nous prenons, par exemple, un cœcum, dont l'appendice libre et flottant soit muni d'un méso lâche, et qu'on l'insuffle, l'appendice se gonfle lui aussi, il tire sur son méso qui se tend. L'afflux de l'air continuant, dilate, allonge et abaisse le cœcum qui vient se placer au-devant de l'appendice; ce dernier fixé à son extrémité libre est attiré en haut par le cordon vasculaire formé par les vaisseaux.

Il est facile dès lors de tirer une conclusion de cette expérience, c'est que suivant l'état de distension, de flaccidité du cœcum, la position de l'appendice changera, mais pourquoi l'appendice malade est-il si souvent derrière le cœcum?

Voici la façon dont Mariau tranche la question. Au début de l'appendicite, le météorisme est constant ; il est léger et l'appendice n'en éprouve qu'une simple tendance à remonter, mais survienne l'inflammation qui aussitôt gonfle le cœcum et l'allonge, le double, et ces deux facteurs agissant chacun pour une part varia-

ble font remonter l'appendice, et l'abcès se forme derrière le cœcum.

Cette théorie ne saurait être exclusive. Trèves fait jouer un rôle aux coudures de l'appendice ; si ces coudures sont légères, elles pourront provoquer des formes chroniques ; si, au contraire, elles sont brusques, elles pourront causer la gangrène ; or lorsque l'appendice se place en arrière du cœcum son méso est plus court, souvent même il est nul, accolé qu'il est aux parois cœcales. On comprend dès lors que ses tuniques soumises à des tiraillements perpétuels s'irritent et présentent une moins grande résistance aux germes pathogènes.

Jalaguier citant Byron Robinson qui a étudié sur 128 cadavres les rapports de l'appendice avec le psoas s'est demandé si les contractions de ce muscle n'auraient pas une influence traumatisante. Si cette influence doit être admise, elle s'applique à la forme d'appendicite qui nous occupe, le psoas étant en rapport avec l'appendice.

Enfin nous pouvons dire avec notre maître Pozzi(1) que les directions anormales de l'appendice, qu'elles soient congénitales ou non, établissent une attitude vicieuse avec une sorte de prédisposition à une torsion plus prononcée ; celle-ci arrive à se compléter et à produire des accidents sous l'influence d'autres causes d'origine pathologique, car cette torsion en oblitérant le canal appendiculaire à la manière d'une ligature

1. Pozzi, *Presse Médicale*, 2 janvier 1897.

artérielle et déterminant la compression des vaisseaux, appelle rapidement l'inflammation et ensuite la gangrène. C'est là peut-être une des raisons pour laquelle la forme gangreneuse est plus fréquente dans ce genre d'appendicite. Dans 18 cas de Hartley (cité par Talamon) (1) 8 fois l'appendicite gangrenée était située en arrière, 2 fois en avant du cœcum et 1 fois seulement il arrivait en contact avec la paroi antérieure.

1. Jacob. *Thèse de Paris*, 92-93.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les lésions dont nous venons d'avoir un aperçu, s'accompagnent en clinique de signes spéciaux qui font l'originalité de la forme que nous décrivons. Mais il ne faut pas oublier que ce ne sont là que des nuances, et qu'à côté d'elles subsiste le tableau général de l'appendicite ; les modifications qu'il subit suffisent pour égarer fréquemment le diagnostic, mais les grandes lignes représentées par les phénomènes généraux varient peu.

Nous dirons, d'abord, que souvent il est impossible de faire le diagnostic d'appendicite rétro-cœcale ; en tout cas, le début se fait ordinairement par la douleur, les vomissements, l'augmentation de la température et la fréquence du pouls, mais ce début peut être plus ou moins brusque. La fièvre s'allume atteignant 39°, 5, 40° même. La langue est sale, blanche et humide, et les symptômes persistent durant une période variable avec les caractères que nous allons préciser.

La douleur dans les cas normaux est située dans la fosse iliaque droite ; ici les malades indiquent bien le côté droit, mais il semble que la douleur est plus vive dans la partie externe de la région et surtout dans la région lombaire ou rénale (Obs. I. IV. V. VII. XX.) et dans le cas d'appendicite subaiguë, on sera enclin à croire à une névralgie lombo-abdominale ou à une périnéphrite. (Obs. VII.) Dans l'observation XVII, la douleur siégeait à la face inférieure du foie ; le point douloureux est en relation d'ailleurs avec la longueur de l'appendice. Gibney (1) rapporte un cas où le premier symptôme accusé a été une douleur dans la hanche droite, ce qui fit prendre l'appendicite pour une coxalgie.

La sensibilité générale n'existe pas toujours comme dans l'observation III ; quant à la contracture musculaire, elle est peut-être un peu plus localisée à la face externe de l'hypocondre droit ; sans doute l'irradiation épigastrique prolongée le long du côlon ascendant serait précieuse à déceler, mais ou bien elle n'existe pas, ou bien elle se perd au milieu des douleurs de coliques générales.

Cliniquement l'abcès rétro-cœcal peut se traduire par une voussure plus ou moins manifeste de la région, par de la contracture musculaire limitée, par la présence d'un plastron, voire même par de la fluctuation si le pus a débordé en avant, par de la sonorité antérieure, de la submatité, ou de la matité.

1. Gibney. *Amer. Journal of Med. Soc.* janvier 1881, p. 119.

Mais le plastron n'existe pas toujours fatalement, par exemple lorsque la collection est simplement localisée en arrière du cœcum et que la partie antéro-latérale de l'intestin ou de l'épiploon n'est pas enflammée, épaissie, adhérente ; et la percussion ne dénotera dans ce cas-là que la sonorité. Cette sonorité antérieure nous la retrouvons d'ailleurs dans la plupart de nos observations ; or de plus l'induration ne fait pas d'emblée corps avec la paroi abdominale qu'il faut déprimer pour arriver sur elle, et c'est seulement au bout de quelques jours qu'on peut parvenir à la sensation de blindage indiquant l'adhérence du péritoine pariétal ; d'autres fois, enfin, la plaque indurée restant toujours profonde en dedans, s'étend peu à peu en dehors par propagation de l'inflammation à la paroi cœcale qui finit par adhérer au péritoine pariétal, au voisinage de l'épine iliaque ou de l'arcade crurale.

Et réciproquement, la présence d'un plastron ne prouve pas que cette face antéro-latérale du cœcum est atteinte, prise dans les adhérences et accolée à la paroi. Chez le malade de l'observation VIII, la tuméfaction était considérable, la voussure très manifeste, on trouvait de la submatité, la tumeur donnait la sensation d'une résistance molle, se rapprochant bien de celle du coton mouillé ; à un endroit même, elle semblait fluctuante, et cependant le péritoine pariétal était sain, le cœcum était libre, nullement adhérent, et l'abcès était situé tout à fait derrière le cœcum sans aucune connexion par conséquent avec la paroi antérieure.

La fausse sensation de fluctuation qu'on observe est

souvent occasionnée par le cœcum distendu ; quant à la submatité quand elle existe, il est difficile de l'expliquer. Il semble que l'abcès soit superficiel, qu'il n'y a pour ainsi dire qu'à plonger le bistouri ou le trocart pour le vider, et cet abcès est au contraire souvent très profond, et le trocart enfoncé dans la tumeur tomberait immédiatement sur le cœcum ; très souvent il existe de la sonorité sans la moindre submatité.

Le plastron abdominal n'est donc pas une preuve d'adhérences avec le péritoine pariétal comme paraît l'affirmer Jalaguier dans son article du *Traité de Chirurgie*.

L'œdème lombaire existe très souvent dans l'appendicite rétro-cœcalé ; c'est un très bon signe (Obs. I, II, IV, V, VI, VII, etc.) ; en même temps, en effet, qu'on constate en cette région une douleur beaucoup plus vive qu'en avant, on sent en même temps une résistance plus considérable, en cet endroit ; c'est là aussi que commencera l'empâtement, et il peut mettre plus de quarante-huit heures pour gagner la partie antérieure ; là également apparaissent à la longue de la rougeur, et des veinosités, signes d'une inflammation profonde (Obs. XIII).

Enfin Krafft a insisté sur ce fait qu'il n'est pas rare d'observer dans l'appendicite rétro-cœcale une attitude vicieuse avec légère flexion de la cuisse sur le bassin et souvent aussi, une incurvation plus ou moins prononcée du tronc sur la cuisse. Gibney raconte que dans cinq cas, l'attitude des malades était celle des coxalgiques : « cuisse fléchie sur le bassin, bassin incliné à droite

lordose très marquée ». Nous retrouvons d'ailleurs cette attitude dans bon nombre de nos observations (Obs. I, VI, XII, XIII, XVII, XXI). Gangolphe de Lyon, puis Couraud dans sa thèse, nous ont appris d'ailleurs que c'est surtout dans l'appendicite rétro-cœcale qu'on rencontrait la psoïte appendiculaire, et ce n'est pas étonnant, l'appendice étant en rapport avec le psoas, détermine soit par inflammation de voisinage, soit par irritation une contracture de ce muscle, amenant ainsi la flexion douloureuse de la cuisse.

Lorsque l'inflammation est primitivement extra-péritonéale, les symptômes abdominaux sont en général fort atténués ou incomplets ; mais les malades accusent presque toujours dans ces cas-là des douleurs spontanées, vives, s'irradiant vers les cuisses et réveillées par les contractions du psoas (Obs. IX, X).

Nous avons vu que la tuméfaction pouvait être profonde, sans plastron ; on a la sensation qu'elle est placée en arrière des anses intestinales sonores, et non adhérente à la paroi qui reste dépressible. Il est quelquefois possible, et c'est un signe de grande importance, de sentir le cœcum et le côlon ascendant passant en avant de la masse indurée. Celle-ci n'atteint pas immédiatement l'épine iliaque dont elle est séparée par un espace souple ; elle remonte dans la direction du côlon, ou bien elle s'enfonce vers la colonne vertébrale en dédoublant le mésentère.

Cependant, quelquefois, quand la fosse iliaque n'est le siège d'aucune tuméfaction perceptible, en déprimant largement la paroi, on peut sentir qu'elle présente

une certaine parésie, en appuyant doucement la main sur la fosse iliaque on a la sensation de gaz qui se déplacent en crépitant, signes que l'intestin est parésié et que les gaz et liquides n'étant plus en tension ondulent facilement et reviennent sur eux-mêmes quand la pression cesse.

Tous les signes que nous venons de décrire peuvent d'ailleurs manquer, surtout lorsque la réaction péritonéale est longue, la crise survenant au cours de lésions chroniques ou bien lorsque, les adhérences étant fermées, l'abcès est localisé derrière le cœcum (Obs. IX, X). C'est dans ces cas que l'anesthésie chloroformique peut rendre quelquefois des services. Le toucher rectal ou vaginal, quand la collection n'est pas trop haut située, pourra donner quelques indications, mais on se basera surtout sur les commémoratifs, la douleur, fièvre etc.

Les signes perçus varient essentiellement suivant la forme envisagée ; l'appendicite plastique donne lieu à des sensations beaucoup plus nettes que la simple attaque d'appendicite ; de même, lorsque le foyer est suppuré ; quant aux signes généraux, ils suivent une évolution parallèle à celles des lésions de l'appendice, et nous les mentionnons ici sans nous y arrêter plus longtemps, de peur de rappeler tout ce qui a été dit au sujet de l'appendicite en général.

Certains malades, cependant, peuvent être atteint d'appendicite chronique, sans réactions péritonéales, et peut-être faut-il faire une place ici à la douleur névralgique, à l'appendicalgie, siégeant à la région lombaire,

douleur si facilement mise sur le compte d'une névralgie lombaire.

Enfin, il est des cas qui semblent se rapporter à cette forme septique diffuse décrite par Jalaguier et Brun, et l'observation de Rendu (1) en est un exemple. Dans cette forme la réaction péritonéale inflammatoire est peu marquée, les signes d'intoxication dominent. Les vomissements sont fréquents, la diarrhée fétide ; la douleur locale peu marquée ; le malade est dans un état de béatitude et d'indolence. Le météorisme est à peine marqué, la température de 39° s'abaisse à 37°, et la mort survient avec rapidité.

1. Rendu. Clinique.

CHAPITRE V

Pronostic et complications.

Le pronostic de cette variété d'appendicite est à la fois bénin et grave. Bénin parce que le vermium, caché derrière le cœcum isolé de la grande cavité péritonéale, risque moins d'amener ces péritonites brusques par perforation, si rapidement et si fréquemment mortelles. Grave, parce que le péritoine peut rester libre d'adhérences, que la grande cavité ne s'isole pas naturellement, et que si l'on veut aller au pus par l'incision habituelle de Roux, on risque d'infecter la séreuse, et d'amener, malgré toutes les précautions, la mort du malade par inoculations de la séreuse et septicémie post-opératoire ; grave aussi, parce que l'appendice semble se gangréner davantage dans cette variété d'appendicite et aussi parce que l'abcès, lorsqu'il se produit, peut rester parfois méconnu, peut fuser le long de la face postérieure du côlon jusqu'au foie, jusqu'au diaphragme et provoquer ces infections hépatiques pleurales dont nous allons nous occuper.

Les complications sont surtout le fait de l'abcès. La plus menaçante et une des plus graves est certainement l'effraction de la poche, et la péritonite généralisée consécutive; elle peut être aussi le fait du chirurgien lorsque l'abcès rétro-cœcal n'ayant pas été diagnostiqué, on attaque le foyer par la voie ordinaire. Ce mode de propagation serait assez rare, cependant Cestan sur sept cas opérés, attribue quatre décès à ce genre d'infection.

Dans des cas moins graves l'effraction se produit dans le cœcum ou le côlon ascendant (obs. XIII, XIV). Limitée d'une part par le gros intestin en avant, en arrière et latéralement par la paroi de l'abdomen, la collection en s'ouvrant dans le cœcum a moins de chances d'infecter la grande séreuse; surtout quand après plusieurs rechutes les adhérences ont pu se former, mais elle expose à des récidives beaucoup plus que l'abcès ouvert dans le rectum, car d'après Villaret (1) les rechutes sont à craindre tant qu'une opération n'aura pas définitivement guéri le malade en lui enlevant son appendice.

L'abcès rétro-cœcal tend à se propager, et une conséquence fâcheuse de cette propagation est la pleurésie purulente (Observ. XV). Sans doute la voie lymphatique, la voie sanguine servent à véhiculer à distance l'infection appendiculaire, c'est ainsi que des embolies septiques vont faire éclore au loin des foyers dont l'appendicite est l'origine, mais dans la très grande

1. Villaret. *Thèse de Lyon*, 1898.

majorité des cas, et M. Dieulafoy et Lapeyre (1) y insistent, l'infection de la plèvre se fait par extension à travers le péritoine, par propagation ininterrompue des lésions parties de l'appendice. Dans ce cas, en effet, il s'agit presque toujours d'appendicite à type remontant, la direction de l'appendice est un facteur essentiel. Dans les appendicites à type descendant, c'est souvent vers le bassin, dans les parages de la vessie et du rectum que se font les collections purulentes et les adhérences, tandis que dans les appendicites à type ascendant qui remontent parfois très haut, c'est vers l'hypochondre que se dirigent les traînées purulentes et les membranes ; l'infection se fait de bas en haut, remonte derrière le cœcun et le côlon, détermine un empyème sous-phrénique, traverse le diaphragme perforé ou non et envahit la cavité pleurale. « Les traînées membraneuses et purulentes jalonnent la route, si bien qu'on peut suivre la marche du pus. »

Cette théorie est en concordance parfaite avec les résultats nécropsiques et explique ce qu'on a toujours vu, la marche continue et ascendante du pus.

Parfois l'infection appendiculaire, dans sa migration ascendante, n'arrive pas fatalement à la plèvre, elle s'arrête en chemin, et détermine un empyème sous-phrénique sans pleurésie consécutive. Les cas de ce genre ne sont pas nombreux ; ils ont été étudiés par Leyden, plus tard par Mayal, Smith, Lang, Dieulafoy,

1. Lapeyre. *Gazette Médicale du Centre*, 1901.

Lapeyre, Spillman en publie également un cas (*Presse Médicale,* 7 septembre 1898).

Sallet (Thèse de Lyon, 1894) a réuni vingt-trois observations d'abcès périhépatiques propagés par le tissu cellulaire rétro-péritonéal ; enfin, la traînée infectieuse peut déterminer dans la cavité thoracique, non plus une pleurésie putride, mais une gangrène du poumon (Obs. XVI).

Dans l'observation VII, l'inflammation rétro-cœcale a gagné l'atmosphère celluleuse du rein, déterminant ainsi un abcès sous-phrénique.

Gangolphe (1) a le premier, en 1894, attiré l'attention sur la psoïte appendiculaire, et son élève Couraud, dans sa thèse, est d'avis que cette complication est toujours due à la variété rétro-cœcale. Ces cas sont assez rares, Roger en cite un cas en 1901, Delbet un autre en 1902. Les signes sont ceux de la psoïte en plus des phénomènes de l'appendice. Ces faits avaient d'ailleurs déjà été étudiés par Leudet (2), 1859, et Burne (3), 1898.

Enfin il est des cas, où l'abcès peut fuser dans la fosse iliaque comme la variété pré-rectale, et s'ouvrir dans la vessie, le rectum, le vagin, ou dans les bourses (Jalaguier, 515). On a même cité des cas où l'abcès s'est ouvert à l'extérieur dans la fosse lombaire, créant ainsi des fistules longues à guérir.

Il va sans dire que l'appendicite rétro-cœcale n'est

1. Gangolphe. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1894.
2. Leudet. *Archives générales de Médecine*, 1859.
3. Burne. *Gazette Médicale de Paris*, 1898.

pas exempte des complications générales inhérentes à l'appendice normal.

Ces diverses complications examinées il nous reste une question à nous poser, quelle est la gravité relative de cette forme anormale d'appendicite par rapport aux autres ?

Il importe de distinguer soigneusement l'abcès propagé de l'abcès rétro-cœcal qui fait l'objet de cette étude. Le premier est un signe d'ensemencement multiple ; c'est évidemment un incident grave, surtout à cause de ses complications. Le second ne nous paraît pas plus grave qu'une autre localisation, et son isolement nous paraîtrait même plutôt un facteur de moindre gravité ; mais le diagnostic souvent méconnu, le traitement insuffisant qui en est la conséquence, la difficulté de l'opération sont de grands facteurs d'aggravation. Il dépend donc du chirurgien, par un diagnostic précis et un traitement rationnel, de changer le pronostic de cette forme d'appendicite.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

L'appendicite rétro-cœcale, nous l'avons vu, ne se traduit pas toujours par des signes très nets qui permettent d'en diagnostiquer le siège. Il n'est pourtant pas impossible ; dans bon nombre de nos observations, les signes généraux d'appendicite ont suffi à faire le diagnostic de l'affection, mais celui de position a été beaucoup plus rare. Dans certains cas il y a eu erreur de diagnostic, et dans d'autres l'hésitation a été très marquée.

La confusion avec l'appendicite normale est fréquente. Les signes sont les mêmes au début ; tout, jusqu'au plastron de la région antéro-latérale du cœcum, peut nous induire en erreur. Chez le malade de l'observation VIII la tuméfaction était considérable, la voussure manifeste, on trouvait de la submatité, la tumeur donnait la sensation d'une résistance molle, fluctuante, et cependant le péritoine pariétal était sain, pas adhérent, et l'abcès était situé derrière le cœcum.

On n'aura dès lors pour se guider que l'œdème lombaire. la contracture musculaire, la sensation d'une collection profonde, choses qui ne sont pas toujours faciles à constater.

On a confondu l'abcès rétro-cœcal avec l'abcès périnéphrétique (Obs. VII, XX), avec une tumeur du rein (Obs. IX, II). On donne comme signe différentiel la tendance de l'abcès à faire saillie en arrière, l'œdème de la région dorsale et l'absence de pus ou d'albumine dans l'urine ; c'est là un diagnostic de cabinet ; dans nombre de cas de périnéphrite, il n'existe aucune modification des urines. D'autre part l'abcès rétro-cœcal peut produire l'œdème de la région dorsale, et tendre à proéminer en arrière ; puis abandonné à lui-même, il s'ouvre dans la région lombaire et y laisse une fistule permanente (Meding, *Arch. gén. de Méd.*, 1842). La vérité est qu'ici encore une exacte interprétation des commémoratifs, peut seule faire diagnostiquer l'origine du pus.

Quand l'appendice remonte très haut en arrière du gros intestin, ou quand l'inflammation se propage très rapidement vers la région sous-hépatique, une conséquence plus rare de cette déviation est de détourner l'attention vers une affection du foie ou de la vésicule biliaire. L'observation de Keen (obs. XVII) est instructive à cet égard.

Dans certains cas d'appendicite rétro-cœcale, où la douleur peut être rapportée à la région lombaire, surtout dans le cas d'appendicite subaiguë, on sera enclin à croire à une névralgie lombo-abdominale ; d'autres fois dans le cas d'appendicite chronique, il sera bien

difficile de faire un diagnostic avec une tumeur du gros intestin (Obs. IV), ou de la fosse iliaque (Obs. X).

Le diagnostic avec le rein flottant est plus difficile encore. Ce dernier peut donner lieu à des crises simulant une attaque d'appendicite, et des laparatomies blanches ont été pratiquées dans ces cas. (Rein mobile pris pour une appendicite, opération, guérison, *T. Miller record,* 3 mars 1900, p. 287).

Enfin Gibney a signalé en particulier chez les enfants la possibilité de confondre avec une coxalgie. Il rapporte un cas où le premier symptôme accusé a été une douleur dans la hanche droite. Dans cinq autres cas l'attitude des malades était celle des coxalgiques, cuisse fléchie sur le bassin, bassin incliné à droite, lordose très marquée. Le diagnostic est cependant facile; la pression sur le grand trochanter n'est pas douloureuse, la cuisse ne peut s'étendre, mais on augmente facilement le degré de flexion; toute chose qui n'existe pas dans la coxalgie.

L'observation XI de Cathelin, nous montre qu'il a été possible de confondre l'appendicite avec le mal de Pott lombaire ; de plus la coïncidence d'une grossesse n'est pas faite, non plus, pour faciliter le diagnostic (Obs. XIX), et le diagnostic de coliques néphrétiques, prend de l'importance quand la crise s'accompagne d'irradiations inguinales et testiculaires.

Comme on le voit, il est difficile d'éviter certaines erreurs. Pourtant nous devons signaler quelques symptômes importants, lesquels, lorsqu'ils existent, permettent de diagnostiquer le siège. La tuméfaction, au lieu

d'occuper franchement la fosse iliaque interne, semble siéger en dehors et en arrière ; à ce niveau, par la palpation lombaire, on perçoit l'empâtement, tandis qu'en avant la percussion révèle une sonorité intestinale à peu près normale. Enfin il est assez fréquent d'observer par rétraction ou contraction du psoas, une flexion plus ou moins prononcée de la cuisse sur le bassin.

L'examen sous le chloroforme, a permis, dans quelques cas, de sentir une collection profonde ; car la tuméfaction, en raison de sa situation, et de la contracture musculaire, n'est pas toujours perceptible ; surtout lorsque la présence du cœcum en avant d'elle, empêche de reconnaître à son niveau la moindre submatité ; à moins qu'elle n'ait acquis un volume considérable et rejette le côlon en dedans ; c'est dans ces cas que la palpation bi-manuelle peut rendre de réels services.

Enfin le toucher rectal ou vaginal, conduit quelquefois à de bons résultats.

Malgré tout, un diagnostic ferme, ne peut toujours être porté, et c'est pour ce motif que le traitement de l'appendicite rétro-cœcale nous semble mériter quelques considérations particulières tant au point de vue des indications que de la technique opératoire.

CHAPITRE VII

Traitement.

Au point de vue des indications, quelque opinion que l'on ait sur l'utilité de l'intervention immédiate à chaud, on peut dire que celle ci a surtout pour but de prévenir ces terribles septicémies péritonéales par sphacèle ou perforation du vermium dans la grande séreuse. Or ici, nous l'avons dit, l'appendice est isolé derrière le cœcum, entre les lames du méso-côlon, ou entre les adhérences du cœcum au plancher iliaque, loin de la grande cavité péritonéale. Une péritonite diffuse a, en conséquence, bien peu de chances de se produire ; l'intervention immédiate perd autant d'indications que regagne l'expectation attentive.

Mais on ne peut pas toujours compter sur les adhérences, et en admettant qu'elles existent, l'abcès qui a pu se former derrière le cœcum plus ou moins en dedans, plus ou moins en haut, ne se présentera pas toujours favorablement à l'action chirurgicale. Il faudra pour aller à sa recherche, rompre des adhérences, écar-

ter des anses intestinales, et une fois le foyer ouvert, celui-ci se trouvera en communication avec le reste de la cavité générale. Alors l'infection locale risquera de se généraliser très vite. Ici l'attente semble bien avoir créé une situation fâcheuse, tandis que si on était intervenu dès le début, on aurait eu affaire, non pas à un abcès, enkysté, mais à un commencement de péritonite localisée, non suppurée, facile à enrayer.

Comme on le voit, si l'opération dans les formes à réaction inflammatoire franche, ne peut pas être considérée comme inoffensive, l'opération retardée jusqu'au moment où un abcès est formé, ne donne pas toute sécurité ; car pour la raison énoncée plus haut, malgré toutes les précautions, on risque la mort du malade par inoculation de la séreuse ; d'autant plus que le diagnostic d'appendicite rétro-cœcale n'est pas toujours fait, et pour cette raison, il nous a semblé bon, au point de vue opératoire, de distinguer deux cas, celui où le diagnostic du siège exact de l'abcès est fait, et celui où l'on croit à un abcès situé au devant du cœcum ; bien qu'en réalité il soit situé derrière.

I. — *Le siège exact de l'abcès est diagnostiqué.* — Deux voies d'accès s'ouvrent au chirurgien. La voie antérieure, ou la voie postérieure. Par la voie antérieure, la plus communément suivie, on pourra employer une quelconque des nombreuses incisions latérales proposées : incision oblique de Roux, de Sonnemburg, de Mac-Burney ; les incisions verticales de Max Schüller, de Jalaguier ; en tout cas il faut inciser en regard de la tuméfaction. Si la couche sous-séreuse et le péritoine

pariétal ont leur aspect normal, mince, souple, transparent, laissant apercevoir l'épiploon ou l'intestin glissant au-dessous, sous l'influence des mouvements respiratoires, on pourra à la rigueur essayer de gagner le foyer en décollant le péritoine dans la fosse iliaque externe. Mais quand on est parvenu au-dessous du foyer, le péritoine devenu adhérent ne se laisse plus décoller, il se déchire et le doigt pénètre dans la cavité purulente. C'est une véritable laparatomie sous-péritonéale dans le genre de celle préconisée par Pozzi, pour atteindre l'hématocèle extra-péritonéale.

Au contraire, si le péritoine est épaissi, adhérent aux parties profondes, on l'incise en prenant garde de ne pas léser l'intestin et rien n'est plus facile alors que d'évacuer l'abcès, car la grande cavité est protégée par les adhérences.

Quelques auteurs préfèrent la voie postérieure, l'incision lombo-iliaque. Grinda (1) propose une incision un peu analogue à celle qui est employée dans la néphropexie. Elle suit en arrière le bord externe de la masse sacro-lombaire, s'incurve en bas parallèlement à la crête iliaque, et à un travers de doigt au-dessus, et se termine à trois centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. C'est d'arrière en avant qu'on va à la recherche du pus.

Poirier (2) mène l'incision parallèlement à la moitié externe de l'arcade crurale à 4 centimètres au-dessus de

1. *Revue de chirurgie*, 1897.

2. Poirier. *Société de Chirurgie*, 6 juillet 1898.

l'épine iliaque antéro-supérieure ; on va directement jusque derrière le transverse et avec le doigt ou la sonde cannelée on décolle le péritoine iliaque, comme dans la ligature des vaisseaux iliaques externes.

Le parti le meilleur, lorsque le diagnostic est fait à l'avance, nous paraît d'abandonner l'incision classique de Roux pour se porter, sinon franchement, du moins très largement en arrière et en dehors, sur la ligne latérale du flanc ; on aborde ainsi la collection par voie sous-péritonéale directe et l'on peut établir un bon drainage à la fois large et déclive. L'incision variera d'ailleurs avec le siège de l'abcès.

a). — *Variété basse.* — La collection est dans la fosse iliaque. L'incision sera latérale par le procédé *a posteriori* de Poirier, ou encore : incision à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure à cheval sur le flanc et la fosse iliaque.

b). — *Variété moyenne.* — Cette variété donne naissance aux abcès lombaires. On incisera donc par le dos, méthode de Grinda.

c). — *Variété haute.* — Les collections sont périnéphrétiques, péri ou même intra-hépatiques, sous-pleurales d'où quand la tumeur occupe la région du rein, qu'elle fait relief en arrière ou sur le côté ; on la traitera comme tout abcès périnéphrétique ; quant aux autres collections qui rentrent dans le cadre des abcès à distance, elles nécessitent une intervention spéciale propre à chaque abcès.

II. — *Le diagnostic exact d'abcès rétro-cœcal n'a pas été fait.* — On a pratiqué l'incision des couches super-

ficielles, le plus souvent rien n'a fait soupçonner le siège spécial de l'abcès ; quelquefois même des signes trompeurs, ont fait croire à tort à un abcès antérieur tendant à s'ouvrir à la paroi, et le péritoine une fois découvert, apparaît parfaitement souple et non épaissi. La situation est assez embarrassante, on a affaire à une collection purulente située profondément dans la cavité péritonéale et qu'on ne peut évacuer qu'en lui faisant traverser d'arrière en avant toute l'étendue de cette cavité.

Aussi a-t-on l'idée de tourner l'obstacle, de fermer le péritoine et le décoller d'avant en arrière, comme quand on va à la recherche de suppurations péri-annexielles : mais la voie sous-péritonéale, comme l'a montré Goinard (1), n'est par exempte de dangers, et de plus elle n'est pas toujours possible ; elle risque d'ailleurs l'infection de la cavité péritonéale, par la rupture des adhérences protectrices au cours des manœuvres du décollement du péritoine.

Si le temps presse, on pourra se contenter d'introduire le plus profondément possible dans la plaie des mèches de gaze stérilisée ; elles favorisent la production des adhérences faisant pour ainsi dire un drainage d'appel, et au bout de trois ou quatre jours en retirant la gaze, le pus s'écoulera au dehors sans inoculer la grande cavité qui est maintenant fermée. C'est ce que conseillent, dans certains cas, Quénu, Lejars, Broca. Mais peut-on toujours compter sur ce « drainage d'appel ».

1. Goinard, *Lyon Médical*, 1898.

D'après Reynier (1) plus d'une observation démontrent « que ce drainage peut-être en défaut », et il cite même un cas où il a vu « le pus fuir la mèche » et de même Reclus (2).

Le mieux est évidemment de tout terminer dans une seule séance. Il ne nous paraît pas prudent de laisser un malade avec une collection intra-péritonéale, en comptant sur l'efficacité du drainage d'appel. Cette conduite s'inspire du reste d'une grande loi chirurgicale, celle qui commande l'évacuation du pus, dès que sa présence est reconnue. C'est d'ailleurs la manière de faire adoptée par de nombreux chirurgiens, et défendue par Michaux, Routier, Tuffier, etc.

« Rien n'est plus simple, dit Routier (3), que d'écarter les anses saines, et en se portant en dedans du cœcum et plongeant dans le petit bassin, on trouve toujours le pus et quelquefois on peut enlever l'appendice quand il se présente facilement. On n'a jamais de péritonite généralisée à la suite de ces manœuvres. »

En prenant des précautions, il sera possible d'éviter la contamination du péritoine sain, mais il s'agit là d'une intervention délicate. Le point essentiel est de protéger les anses intestinales pendant toute la durée de l'intervention. Il faut d'abord déterminer le siège de l'abcès, ce qui n'est pas toujours commode ; en cas de difficulté, on recherchera la base de l'appendice qui

1. Reynier, *Bull. Soc. chir.* 1895, p. 626.

2. Dormoy, *Thèse de Lyon*, 97 observations.

3. Routier, *Bull. Soc. chirurg.* 1895.

guidera sûrement vers le foyer. Celui-ci une fois reconnu, on garantira l'intestin, en le garnissant de compresses de gaze stérilisée qui plongeant dans la cavité péritonéale s'étendront depuis la plaie jusqu'au niveau de la collection et limiteront un canal par où le pus sera évacué, jouant ainsi le rôle des adhérences protectrices provoquées par le drainage de Quénu. On ouvrira alors le foyer purulent à l'aide du doigt ou de la sonde cannelée et le pus s'écoulera sans risque d'infecter le péritoine. On établira un bon drainage avec des drains, enlevant les compresses souillées par le passage du pus, et on les remplacera par un nouveau tamponnement.

Naturellement il n'y a pas de règle absolue et Michaux, Reclus, partisans de l'ouverture en un temps formulent d'importantes réserves. Ils recommandent d'éviter les dégâts mortels et de ne pas s'acharner quand même à la poursuite de l'abcès. Monod conseille la même conduite et préconise le drainage d'appel « quand on ne trouve pas de pus après les recherches suffisantes. »

OBSERVATIONS

Observation I (de Gambetta, 1883).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Depuis quelques jours le malade ressentait des troubles d'embarras gastrique, avec constipation opiniâtre et dégoût pour les aliments.

Le 10 décembre. — Il ressent subitement une vive douleur dans le flanc droit, douleurs dont il précise mal le siège. Le professeur Charcot conseille un purgatif. L'examen du ventre ne révèle rien d'anormal, il n'y a nulle part d'empâtement, et Gambetta se plaint à peine quand on presse fortement dans le flanc droit ou la région lombaire. θ. 37.6, pouls 84, puis la douleur semble disparaître ; il ne subsiste plus qu'un certain malaise abdominal avec éructations fréquentes.

Le 16. — Au soir θ.39.6, pouls 88, frissons, ventre peu tendu, peu douloureux, à la pression du côté droit pas d'empâtement.

Le 17. — Siredey ayant constaté un empâtement léger, douloureux, et très circonscrit dans la fosse iliaque droite, on pense à une typhlite ; l'état saburral persiste malgré les purgations.

Le 18. — Frissons avec vomissements.

Le 19. — Le ventre est souple et d'un aspect uniforme, l'exploration de la fosse iliaque droite est facile et fort peu douloureuse superficiellement, mais on perçoit un empâtement très profond, de forme allongée et cylindrique, ressemblant à un boudin, et suivant le trajet du côlon ascendant, submatité circonscrite. Le membre inférieur droit est libre ; puis la pression devient plus douloureuse que la veille, l'empâtement descend vers l'épine iliaque supérieure, tout en restant profond et séparé de la paroi abdominale par une zone sonore : pas d'œdème superficiel, ni induration de la paroi antéro-latérale ; tout se passe profondément.

Le 23. — Le ventre est moins tendu. Charcot reconnaît qu'il existe un empâtement qui occupe le cœcum et la partie inférieure du côlon ascendant ; c'est la portion postérieure de ces organes qui semble atteinte ainsi que le tissu graisseux sur lequel ils reposent.

Le 26. — L'empâtement se prolonge en arrière, un peu en dehors de la paroi latérale de l'abdomen ; pas de fluctuation ; sonorité partout, sensibilité de la peau, ganglions inguinaux pris.

Le 27. — Nuit agitée. Le malade accuse des douleurs superficielles dans la cuisse, et tient plus volontiers le membre inférieur droit fléchi sur le bassin et dans la rotation en dedans. Quand on lui demande d'étendre le membre il le fait sans douleur, mais il le ramène dans la flexion. 6.39, pouls 80 ; puis les symptômes vont s'aggravant, douleurs dans la région lombaire ; et le malade meurt le 31 décembre avec toute sa lucidité d'esprit.

Autopsie. — La partie postérieure du cœcum est unie à la

paroi abdominale par des adhérences résistantes et anciennes. En décollant le cœcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulent anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit; en dedans, jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du psoas et il envoie en bas un prolongement de 3 à 4 centimètres dans le petit bassin. En dehors ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. L'appendice est fixé d'abord au cœcum dont il contourne l'extrémité inférieure, puis il se replie de bas en haut pour passer au-dessous et en arrière du cul-de-sac cœcal. Dans la première partie de son trajet qui mesure 5 centimètres, l'appendice est recouvert par le péritoine, mais depuis le point où il pénètre en arrière du cœcum, jusqu'à son extrémité terminale, l'appendice est situé dans le tissu cellulaire, interposé au cœcum et au fascia iliaca. Il est dirigé de bas en haut, il adhère à la paroi postérieure du cœcum, baigne dans le pus, et présente deux perforations.

La muqueuse du cœcum, et celle du côlon ascendant sont plus épaissies et plus rigides dans la partie en rapport avec le foyer purulent.

Observation II (*inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Docteur F. Jayle.

Mme L..., 40 ans, de constitution chétive, soignée longtemps pour des phénomènes salpingo-ovariens. Depuis dix jours elle

souffre dans l'hypochondre droit. A l'examen, le 2 décembre, le ventre n'est pas ballonné ; il n'y a aucun symptôme de péritonite. On trouve une masse occupant le flanc droit, ne descendant pas dans le pelvis, mais remontant au contraire dans la région cœcale. Il est impossible de délimiter le rein d'avec la tumeur ; si bien que le diagnostic reste hésitant entre appendicite rétro cœcale suppurée et hydronéphrose suppurée ; cependant l'absence de pus dans les urines et le début de la maladie font plutôt songer à l'appendicite. T. 39°.

3 décembre 1903. — Incision faite un peu en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure remontant parallèlement à l'épine dorsale. On cherche à se tenir en arrière du cœcum, en dehors du péritoine. En bas on n'intéresse pas la cavité péritonéale, mais en haut celle-ci est légèrement ouverte, et on en profite pour explorer la face antérieure du cœcum. On voit alors qu'il s'agit bien d'une collection rétro-cœcale. On protège la cavité péritonéale avec des compresses ; on la referme avec des pinces provisoires, et on se met en mesure de décoller le cœcum en arrière. On arrive ainsi au foyer contenant du pus jaune verdâtre très fétide. Au centre du foyer l'appendice turgescent est du volume d'un gros crayon ; il est nettement rétro-cœcal, et son extrémité correspond à la région rénale. Ablation de l'appendice, lavage du foyer, suture de la cavité péritonéale. Drainage du foyer suppurée avec des mèches de gaze stérilisée et deux drains. Suture partielle de la peau.

Suites opératoires. — L'état de grande faiblesse de la malade, l'élévation de température rendent les suites douteuses pendant plusieurs jours. Seul le pouls est assez bon. Injections sous-cutanées de collargol ; à la suite de chacune d'elles survient un abaissement de température. La malade n'a jamais eu de

symptômes péritonéaux. Peu à peu elle s'est remontée. Vers le quinzième jour alors que les drains avaient été presque entièrement retirés, s'est produit une fistule cœcale qui s'est d'ailleurs oblitérée spontanément au bout de dix jours. La malade est complètement rétablie en mars 1903.

Observation III (*inédite*)

due à l'obligeance de M. le Docteur F. Jayle.

Mme L..., 25 ans ; a eu deux enfants, le premier en 1901, le deuxième en 1902. Accouchements normaux et sans suite. L'aîné des deux, un garçon, est mort à 15 mois, de méningite; le second, une fille, se porte bien.

Vers l'âge de 18 ans, la malade a commencé à ressentir quelques douleurs abdominales qu'elle ne sait plus localiser et qui augmentaient au moment des règles. Pendant la deuxième grossesse, les douleurs sont devenues très vives par instant, au point de forcer la malade à garder un repos relatif après l'accouchement; elles ont continué toujours en augmentant, mais sans forcer la malade à s'aliter. Ces douleurs étaient plutôt vagues et jamais localisées à droite.

Le 22 novembre 1903. — La malade se sentant plus fatiguée depuis deux jours a eu une peur violente vers 8 heures du soir; puis elle a commencé à souffrir fortement dans le flanc droit. Elle se couche à 10 heures, les douleurs ont augmenté, des vomissements alimentaires sont survenus, et on va chercher à 1 heure du matin un médecin qui croyant à une indigestion a donné un vomitif. Vers 3 heures du matin, un autre médecin prescrit des calmants.

Le 23 novembre. — Au matin, un troisième médecin est appelé. Les vomissements se sont arrêtés vers la fin de la nuit du dimanche au lundi, mais les douleurs continuent. Glace sur le ventre.

Le 24. — Un docteur conseille l'intervention. M Jayle voit la malade et conseille l'opération d'urgence. Fièvre 40°, pas de vomissements, douleurs excessives dans tout le côté droit du ventre qui est tendu et empâté, sans localisation bien nette. Pouls fréquent, 130, facies voltueux, fébrile. Sonorité antérieure, submatité à la face externe de la région iliaque.

Le 25. — Opération, à 3 h. 1/2. — Incision le long du bord extérieur du muscle droit commençant presque à un niveau correspondant à l'ombilic et se terminant à l'arcade crurale. Cette incision répond à toute la zone d'empâtement; successivement on incise tous les plans, et on tombe sur la face antérieure du cœcum et c'est en arrière de lui que se trouve l'empâtement. On protège avec soin le péritoine au moyen de compresses et on commence à décoller le cœcum en dehors et en arrière; bientôt il sort un flot de pus fétide qu'on éponge. On arrive sur la face postérieure du cœcum dans une sorte de clapier à aspect sphacélique au centre duquel est un organe large de deux centimètres, remontant vers le rein, et sur la nature duquel on hésite, et qui n'est autre chose qu'un appendice rétro-cœcal très large et très long. On finit par le libérer, et par l'évacuer de la plaie. L'organe, qui est de 10 centimètres de long est réséqué ; il contenait plusieurs calculs et était sphacélé par place. Drainage, suture.

Suites opératoires. — La malade a complètement guéri, après une suppuration de la paroi.

Observation IV

Cestan. — *Archives Médicales de Toulouse, 1904.*

Jeune fille de 17 ans, prise subitement d'une crise appendiculaire intense. Sur le refus d'opération immédiate, traitement médical : repos, diète, glace. Les phénomènes paraissent se calmer. Température 39° s'abaisse, pouls à 100. Les douleurs s'apaisent ; la paroi abdominale, absolument rigide, recouvre quelque souplesse, tandis que disparaissent les vomissements du début. Puis sans cause apparente, les signes locaux s'accentuent de nouveau vers le onzième jour, les douleurs reparurent vives, surtout en arrière, vers la région lombaire inférieure, la fosse iliaque droite se tuméfia de nouveau et une collection se développa peu à peu, au siège postérieur des douleurs, à la sonorité intestinale antérieure, à ce fait que la tuméfaction était plus accessible en arrière vers la région lombaire qu'en avant vers la fosse iliaque ; on pense à une appendicite rétro-cœcale suppurée.

Opération. — Le seizième jour ; incision classique de Roux aux confins de la fosse iliaque. On comptait sur des adhérences. Il n'en existait pas. La grande cavité péritonéale n'était pas close. Le cœcum était porté en avant ; derrière lui, dans l'épaisseur du méso-côlon ascendant et sur son bord externe s'apercevait une tuméfaction grisâtre ; c'était l'abcès prêt à crever à parois très minces. On glisse plusieurs compresses autour du cœcum pour protéger la grande cavité péritonéale et isoler le foyer purulent qu'on nettoie et qu'on draine. Pus infect.

Mort après vingt-quatre heures.

Observation V (*idem*).

Jeune fille de 14 ans, auprès de laquelle le Dr Cestan est demandé deux semaines après le début d'une appendicite. Aux signes des douleurs à maximum lombaire, sonorité intestinale franche en avant, empâtement à siège postérieur, on reconnaît une appendicite rétro-cœcale.

Incision de Roux conduit sur un péritoine libre d'adhérences et sur une collection rétro-cœcale pointant au niveau du bord externe du cœcum. On essaye de protéger le péritoine par un champ très épais de gaze iodoformée glissée autour du foyer, et qu'on laisse à demeure sans y toucher, une fois l'abcès ouvert.

Mort, le cinquième jour, avec signes de péritonite généralisée.

Observation VI (*idem*).

Femme de 47 ans entrée salle Saint-Louis pour des signes d'appendicite aiguë, dont le siège postérieur fut reconnu à la sonorité antérieure à la prédominance des douleurs en arrière, à la rétraction du psoas amenant la flexion de la cuisse.

C'est par la voie externe, sur la ligne latérale du tronc qu'on arrive à la collection rétro-cœcale. Guérison.

Observation VII

Bulletin médical. Broca (*3 janvier 1895*).

Jeune fille de 19 ans bien portante, prise brusquement le 18 juillet 1894 d'une douleur aiguë dans la région de la fosse

iliaque droite. Cette douleur très prononcée, surtout à la pression, n'est accompagnée d'aucun autre signe local, il n'y a pas d'empâtement de la région cœcale, pas de matité : symptômes généraux : courbature, état saburral, fièvre modérée 38°, mais pouls fréquent 120, pas de vomissements, pas de frissons.

Le 19 juillet. — La douleur est amendée ; les symptômes généraux restent, le ventre est souple, à peine sensible, mais il existe en arrière dans la région lombaire droite de la douleur.

Pendant deux mois, état stationnaire avec anorexie et affaiblissement de la malade. Puis empâtement ; œdème de la région lombaire. Incision de la région lombaire droite qui donne issue à un verre de pus. En explorant la cavité de l'abcès on contourne le rein, on y trouve un abcès périnéphrétique et l'appendice remontant derrière le cœcum et plongeant dans le pus.

Observation VIII

Fraiklin. — *Gazette hebdomadaire, Soc. Méd. de Bordeaux, 1900.*

Jeune homme de 25 ans, entré à l'hôpital Saint-André le 13 janvier.

Pas de crises précédentes d'appendicite. Il y a douze jours, début de phénomènes appendiculaires, douleurs brusques au point de Mac-Burney ; vomissements, fièvre intense, facies grippé, un peu de dyspnée, pouls bon 100. 039.

Dans la région cœcale, douleur appréciable. A l'inspection, tuméfaction volumineuse, très douloureuse qui semble fluctuante en un point, matité du flanc droit. Tous les signes d'une appendicite normale antérieure.

Opération le 13. Incision de Roux. Péritoine pariétal sain, non épaissi. Le cœcum se présente sain, distendu, nullement adhérent. La collection est rétro-cœcale, suture du bord externe du cœcum au péritoine pariétal par un surget au catgut à points rapprochés. En haut et en bas dans les angles sont introduits deux petites mèches de gaze stérilisée qui achèvent de fermer en ces deux points la grande cavité. Ouverture de l'abcès avec l'ongle. Il s'écoule un grand verre de pus. Le doigt pénètre derrière le cœcum dans une cavité cloisonnée fermée par des adhérences en haut, en bas et en dehors ; en dedans un petit pertuis donne issue dans un nouvel abcès dirigé vers le rectum. Drainage, guérison On s'attendait ici à trouver une collection ante-cœcale.

Observation IX

Vautrin. *Revue de gynécol. et de chirurg. abdom.* 98.

En avril 1897 entre à l'hôpital une femme d'excellente santé antérieure, elle avait ressenti depuis trois mois de vives douleurs dans le flanc droit, avec crises néphrétiques accompagnée d'augmentation du volume du rein, suivies d'évacuations abondantes d'urine. On opère la malade pour une tumeur du gros intestin, ou d'hydronéphrose. On trouve le péritoine intact, le cœcum est refoulé en avant et rétréci par une tuméfaction rétro-péritonéale. Pas trace d'appendice. Décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal, et derrière le cœcum et le côlon ascendant, jusque vers la partie inférieure du rein, on trouve une masse inflammatoire résistante, renfermant dans son centre un pus épais ; accolé

à la face postérieure du cœcum, l'appendice est dur, scléreux, et très gros Sur la paroi lombaire se trouvait un cordon volumineux, descendant de la région rénale qui n'était autre que l'uretère droit.

On trouve ainsi l'explication de l'hydronéphrose. L'expectation prolongée aurait provoqué l'ulcération de la paroi urétrale et l'ouverture de la collection dans le canal excréteur. Guérison.

Observation X

Legueu et Baussenat. *Rev. de gynécol. et chir. abdom. 1898.*

La nommée Marie S..., âgée de 68 ans, entre le 11 mars 1897 à Broca.

A la fin du mois de janvier 1897, elle a été prise de douleurs abdominales, subites, violentes, localisées au côté droit, avec vomissements et nausées. La diarrhée fait place à la constipation. On trouve dans le flanc droit et l'hypocondre droit une masse dure et rénittente. Mate à la percussion, la matité est limitée en bas et en arrière par l'os iliaque. En haut elle semble se continuer avec le foie. En dedans, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane, en dehors à la crête iliaque, en arrière, elle n'empiète pas dans la fosse rénale qui reste dépressible. Douleurs violentes au-dessous des fausses côtes, œdème de la peau et empâtement.

État général mauvais, la malade a beaucoup maigri. La longue évolution de la maladie (1 mois et demi), la marche subaiguë, l'absence de fluctuation sont peu en faveur de l'appendicite.

Examen sous le chloroforme. La dureté de la tumeur et son

irrégularité, sa situation profonde de la fosse iliaque font penser à un ostéosarcome de l'os iliaque.

M. Pozzi opère le 24 mars. Incision au niveau de la fosse lombaire. On tombe sur une poche rétro-cœcale contenant un litre et demi de pus ; poche à parois tomenteuses qui se prolonge en haut du côté de la région lombaire, en bas vers la fosse iliaque et le petit bassin. Drainage. Mort.

La collection rétro-cœcale était due à une perforation de l'appendice qui remontait derrière le côlon ascendant.

Observation XI

Fern. Cathelin. *Presse medicale, 20 juillet 1898.*

Fillette de 10 ans L.., Louise, entrée à l'hôpital de Berck-sur-Mer le 10 août 1897 avec le diagnostic de mal de Pott lombaire.

Antécédents héréditaires tuberculeux. Il y a deux ans, elle ressentit de vives douleurs abdominales, et on porte le diagnostic de coliques appendiculaires.

A l'examen. — La fosse iliaque est libre ; en faisant coucher la malade sur le ventre on aperçoit une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule allant de la region lombaire à partie supéro-externe de la fosse iliaque droite. Ponction de la tumeur, qui donne un peu de pus. Ouverture au bistouri par une incision au-dessus de la crête iliaque oblique en bas et en dehors, parallèles aux dernières côtes ; on pénètre dans une cavité fongueuse, se prolongeant dans la fosse iliaque derrière le cœcum, d'où l'on retire des produits de mortification avec odeur de matières stercorales. Drainage, fistules consécutives. Nouvelle

opération au bout d'un mois. On tombe dans un véritable cloaque lombaire avec fistule intestinale appartenant au côlon ascendant. Fermeture de l'intestin, drainage. Mort deux jours après.

Autopsie. — Le cœcum attiré en dehors montre sur sa face postérieure l'appendice, dirigé en dehors et en haut, très adhérent, soudé au cœcum par des adhérences, et perforé en deux endroits.

Observation XII

Roger. — *Presse Médicale, 1900.*

Jeune garçon de 19 ans entré à l'hôpital Saint-Louis le 17 juin 1898. Il a été pris, la veille, subitement, d'une douleur dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et vomissements. A son entrée la cuisse droite est en flexion et légère rotation externe. La contracture musculaire rend difficile l'exploration de la fosse iliaque. Toute la région comprise entre l'arcade de Fallope et le rebord costal est mate à la percussion ; l'échancrure iléo-costale a disparu ; enfin la pression localise la douleur au point de Mac-Burney. Pouls à 120. Facies pas très bon.

Opération. — On tombe sur le péritoine pariétal sain, et la masse intestinale libre de toutes adhérences. On décolle sans l'ouvrir la séreuse et on arrive sur le fascia iliaca qui tendu par la collection purulente, cède et laisse échapper un flot de pus mal lié, tenant en suspension des lambeaux de muscle. Contre-ouverture dans la région lombaire, drain allant d'une incision à l'autre. Mort le lendemain.

Autopsie. — Intégrité de la cavité péritonéale. L'appendice appliqué dès son origine sur la face postérieure du cœcum par

l'enveloppe séreuse péri-cœcale, a d'abord une direction ascendante, puis au niveau de la ligne de réflexion du feuillet viscéral dans le feuillet pariétal, il descend avec ce dernier dans la fosse iliaque où il chemine alors dans le tissu cellulaire sous-péritonéal entre le fascia-iliaca et sa couverture séreuse. Après 3 centimètres de ce trajet descendant, il effectue la dernière partie de son trajet sous le feuillet aponévrotique lui-même, au contact du psoas iliaque. Psoas, carré des lombes et muscles iliaques en partie détruits par la suppuration. Appendice gangrené.

Observation XIII

(Jacob. *Thèse de Paris, 92-93, Obs. XI*).

L... Léon, âgé de 8 ans 1/2, entré le 2 décembre, a ressenti le 29 novembre quelques douleurs abdominales avec vomissements ; douleurs qui augmentent le lendemain et déterminent son entrée à l'hôpital.

Le 2 décembre. — Facies grippé, cuisse droite fléchie sur le bassin. Douleur dans tout le ventre, spécialement de la fosse iliaque droite et en arrière ; avec matité. Pas d'œdème de la paroi, veinosités peu abondantes. 0 38. 6.

Examen sous le chloroforme et incision le 3 décembre : par Broca, parallèle à l'arcade crurale. On tombe sur un épiploon peu enflammé, mais derrière le cæcum, on ouvre un abcès limité à sa paroi postérieure ; on ne recherche pas l'appendice. Drainage.

Le 4. — Le pansement est traversé, cuisse toujours fléchie.

Le 5. — Œdème thoracique remontant jusqu'au voisinage de l'omoplate, rien de pulmonaire. 39,2.

Le 7. — Au matin, mort.

Autopsie. — Pas de péritonite. Cœcum perforé à sa partie postéro-externe. Appendice accolé derrière lui. Entre les muscles de la paroi abdominale, on trouve une fusée purulente avec bulles gazeuses, cheminant entre le transverse et le petit oblique et allant s'étaler sur la paroi thoracique.

Observation XIV

Thèse de P. Benoit, *Paris, 1891.*

H... Frédéric, âgé de 48 ans. A 21 ans, a ressenti brusquement une violente douleur dans le flanc droit, et est obligé de s'arrêter pendant six semaines à l'hôpital de Bar-le-Duc. Il en sort amélioré, mais depuis est sujet à la constipation avec selles teintées de sang, jusqu'en 1881, il eut des coliques à répétition; à cette époque, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite et en même temps apparaissent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. A la suite de période de constipation il éprouve des débâcles et évacue des matières fétides et du pus.

En 1883, nouveaux accidents, le malade entre à Saint-Antoine où il est traité pour une péritonite tuberculeuse; il en sort, mais une nouvelle rechute le force à rentrer.

Le ventre est tendu, ballonné, douloureux. Empâtement profond, douloureux à la pression. L'état général est bon. T. normale. M. Tuffier porte le diagnostic d'appendicite. Laparatomie. Le doigt introduit dans la profondeur reconnaît l'existence d'une tumeur du volume d'un marron, située à la partie postérieure du cœcum et adhérente. Rupture des adhérences. Le

cœcum est retourné et montre l'appendice augmenté de volume. La dissection des adhérences met à nu un abcès situé entre la tumeur et le cœcum et communiquant avec ce dernier organe par une perforation.

Résection de l'appendice. Suture intestinale. Guérison.

Observation XV

Dieulafoy. *Clinique, tome IV, 1900.*

Homme de 26 ans, pris le 10 novembre 1900 de douleurs abdominales dans le côté droit du ventre, avec symptômes classiques d'appendicite, traité médicalement jusqu'au 16, jour où l'on applique un vésicatoire sur la région hépatique devenue douloureuse ; le malade tousse, se plaint de douleurs à droite de la poitrine, les forces périclitent, et on fait appeler un autre médecin le 25 novembre.

Il constate une pleuro-pneumonie avec frottements à la partie antérieure, et épanchement peu abondant en arrière. Application de pointes de feu. La fièvre reprend avec intensité ; le 28, un point de côté violent survient avec dyspnée extrême, tachycardie ; le 28, il entre à l'Hôtel-Dieu avec un pneumothorax et meurt dans la nuit.

Autopsie. — A la face postérieure du cœcum est une couche purulente et membraneuse qui le relie au péritoine pariétal. L'appendice est très long et à type remontant ; il côtoie la face postérieure du cœcum qu'il dépasse en se dirigeant à droite ; son extrémité baigne dans une couche de pus. La couche purulente rétro-cœcale se continue derrière le côlon ascendant, le déborde, contourne le côlon transverse et vient s'étaler au

devant du lobe droit du foie, semant des petits abcès et des collections purulentes. La face supérieure du foie est adhérente à la face inférieure du diaphragme qui n'est pas perforé. L'infection a été transportée par les vaisseaux lymphatiques à travers le diaphragme. Épanchement purulent dans la plèvre.

Observation XVI

Dieulafoy. *Clinique, tome IV, 1896*, p. 123.

Homme de 50 ans entré en mars à l'Hôtel-Dieu. Se plaint de douleurs violentes à la base de la poitrine du côté droit ; toux fréquente, râles secs fins, disséminés. Depuis quelques jours a ressenti dans l'hypocondre droit des douleurs, au-dessous des fausses côtes. A la palpation on constate empâtement de la région droite de l'abdomen, la région lombaire est endolorie. L'examen sous le chloroforme ne donne rien. Le diagnostic est hésitant, on porte vaguement le diagnostic de pneumonie. Le malade meurt le lendemain.

Autopsie. — Vaste collection purulente de plusieurs litres sous la face inférieure du foie qui se continue au-dessous du foie sous forme d'abcès sous-phrénique et qui en bas envahit la fosse iliaque et repousse l'intestin en avant. Le cœcum adhère au psoas, l'appendice remonte sur la face postérieure du cœcum. On suit la trace de l'infection En plein parenchyme pulmonaire était un bloc de gangrène du volume d'une orange. Plèvres intactes.

Observation XVII.

Dr Keen. (*Philadelphia medical Society*, 28 sept. 1891).

Femme de 30 ans prise brusquement d'une violente douleur au-dessous du rebord costal droit. Le lendemain elle est heurtée par un de ses enfants dans cette même région. Cinq jours après les douleurs deviennent extrêmement vives et la malade tombe dans un tel collapsus qu'on pensait qu'elle allait mourir. 0 au-dessous de 36. La cuisse droite était fléchie, le côté droit de l'abdomen était très sensible, la douleur avait son point maximum au-dessous du bord inférieur du foie, diminuant progressivement vers la fosse iliaque. Rien du côté de l'utérus et des annexes. On hésite entre appendicite et affection du foie ou de la vésicule biliaire.

Laparatomie exploratrice. Vésicule biliaire normale de même que le foie; région iliaque droite et cœcum ne présentant aucune lésion; grande accumulation de sérosité dans le flanc droit. La malade meurt quatre jours après l'opération.

Autopsie. — Montre que l'appendice long de 3 pouces remontait directement en arrière du cœcum et du côlon appliqué contre les parois du gros intestin entre les deux lames du mésocôlon. Son extrémité était perforée et communiquait avec un petit abcès, contenant à peine une cuillerée de pus mélangé à des matières fécales.

Observation XVIII.

(*Bull. anatomique*, 1895. Vanverts.)

Enfant de 12 ans entré à Trousseau dans le service de Jalaguier le 13 février 1895.

Début brusque il y a quinze jours, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, et constipation, vomissements ; à son entrée présente tous les symptômes d'une péritonite généralisée. La palpation ne donne rien, la recherche de l'empâtement étant rendue difficile par le ballonnement du ventre.

Opération par Jalaguier. — Incision le long du bord externe du grand droit. Dès l'ouverture du péritoine, s'écoule du pus verdâtre. Le doigt pénètre dans une collection pré-cœcale qui communique avec une autre rétro-cœcale qui remplit la cavité pelvienne et remonte vers le foie.

Autopsie. — Appendice remonte derrière le cœcum, il est perforé, et il est probable, d'après les fausses membranes qui existent, que le foyer rétro-cœcal était primitivement circonscrit, mais qu'à la suite d'inflammation plus violente, les fausses membranes se sont rompues, et ont déterminé ainsi une seconde poche antérieure. La laparatomie faite quelques jours plus tôt dans ce cas aurait permis d'évacuer le foyer rétro-cœcal circonscrit.

Observation XIX

Oppenheimer. *Discussion. Berlin. Klin Woch. mai* 1891.

Femme au septième mois de la grossesse prise de vomissements bilieux, avec fièvre irrégulière, de gonflement de la rate

sans douleur bien marquée au ventre, ni tumeur dans la fosse iliaque. Trois jours après elle accouche d'un enfant qui mourut quelques jours après. La fièvre persista, puis au bout de quelques jours apparut dans le flanc droit une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête d'enfant. On crut à une tumeur d'origine rénale. La malade succomba rapidement. A l'autopsie on trouva une appendicite stercorale perforante, l'appendice siégeait en arrière du cœcum, et la perforation s'était faite dans le tissu rétro-cœcal ; l'abcès formé fusait le long du rein et avait gagné entre les deux feuillets du mésentère l'espace rétro-péritonéal. Il y avait des abcès métastatiques dans le foie et la rate.

Observation XX

Brault. *Lyon Médical*, 1898.

C.... sous-officier, âgé de 39 ans, a éprouvé le 16 février 1895, une douleur abdominale brusque avec nausées et arrêt des matières ; langue saburrale, perte de l'appétit, gonflement dans la fosse iliaque droite.

Le malade traité d'abord dans un service de médecine à l'hôpital du Dey, est évacué le 3 mars dans le service de M. Brault; il présente une tuméfaction au flanc droit, à siège nettement postérieur, qui aurait pu faire croire à un phlegmon périnéphrétique en l'absence de commémoratifs du tube digestif.

Opération. — Le 4 mars. M. Brault procède par une intervention sous-péritonéale dans le genre de celle de la ligature de l'iliaque externe. Le décollement du fascia est très facile, et on arrive dans la profondeur sur une masse volumineuse, grisâtre.

Des tentatives prudentes d'ouverture à l'aide de la sonde cannelée, ne permettent pas de pénétrer dans la collection ; plusieurs ponctions à la seringue de Pravaz ne ramènent pas de pus. Les tentatives d'évacuation sont arrêtées et une longue mèche de gaze salolée est placée dans la plaie.

C'est dix jours plus tard que le pus fit son apparition, bien lié, il s'en écoule près d'un demi-litre.

Observation XXI

Nové-Josserand. *Lyon médical*, 1898.

V..., 63 ans, entre à l'hôpital en décembre 1896. La maladie a débuté il y a une huitaine de jours par des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite et la jambe droite avec nausées et ballonnement du ventre. Les phénomènes se sont amendés et il n'y a plus à l'entrée du malade à l'hôpital qu'une induration de la fosse iliaque droite. En raison de l'âge et des signes objectifs, on pensait à une tumeur du cœcum.

Opération. — Longue incision oblique. Le cœcum présente sur sa face antérieure quelques altérations ; sa face postérieure est unie à la fosse iliaque par des adhérences solides qu'on détache prudemment ; on ouvre ainsi plusieurs foyers, et on arrive sur une perforation du cœcum, en regard de laquelle on trouve une collection contenant 20 à 30 grammes de pus et se prolongeant en bas dans le petit bassin. L'appendice rencontré au milieu des adhérences n'est ni ulcéré ni perforé. Résection. Suture de la perforation, drainage. Le malade sort guéri le 2 février.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite rétro-caecale est relativement fréquente.

2° Elle se reconnaît habituellement au siège postérieur de l'empâtement et des douleurs ; à la sonorité intestinale normale antérieure, exceptionnellement à la flexion de la cuisse sur le bassin.

3° Elle semble prédisposer à la gangrène de l'appendice, et si elle expose moins que les autres variétés aux péritonites suraiguës spontanées du début, elle expose davantage aux complications graves résultant des fusées purulentes, qui de la région rétro-cœcale peuvent descendre vers le pelvis, ou remonter vers le rein et le diaphragme.

4° Au cours de l'opération il faut éviter l'ouverture

de la grande séreuse, trop souvent libre d'adhérences, et l'on doit pour cela pratiquer une incision postéro-externe qui permette d'aborder le foyer par voie sous-péritonéale directe.

Vu : le Président de thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Broca.— *Gazette hebdomadaire*, 1898.

Lannelongue et Cornil. — *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie* 1883.

Talamon.— Appendicite et périty phlite.

F. Jayle. — *Presse médicale*, 1894.

Roger.— Psoïte appendiculaire. *Presse médicale*, 1901.

Couraud. — *Thèse de Lyon* 1894.

Grinda.— *Presse médicale*, 1897. Traitement des abcès rétro-cœcaux de l'appendicite.

Duret. — *Revue de chirurgie*, 1897. Traitement des abcès rétro-cœcaux.

Cestan. — *Arch. méd. de Toulouse* 1904. Sur 7 cas d'appendicite rétro-cœcales.

Monod et Vanverts. — L'appendicite.

Gerster. — *New-York med. Journal*, juillet 1890.

Fraiklin. — *Gazette hebd. Soc. méd.* Bordeaux, 1900.

Tuffier.— *Rev. de Gynécologie*, 1899.

Mariau. — *Bibliogr. anatom.* 1900.

Villaret. — Appendicites ouvertes dans l'intestin. *Thèse de Lyon*, 1898.

Piard.— *Thèse de Paris*, 1896.

Clado.— Etude sur l'appendicite. *Société de Biologie*, 1892.

Trèves. — *Bristisch medical journal*, 1893.

Pozzi. — *Presse médicale*, 2 janvier 1897.

Lapeyre.— *Gazette médicale du Centre*. Tours, 1901.

Dieulafoy. — *Clinique*, tome IV.

Brault. — *Lyon Médical*, 1898. Traitement des abcès rétro-cœcaux.

Goinard. — *Ibidem.*

Vautrin. — *Rev. de gynécol. et chir. abdom.* 1898.

Légueu et Baussenat. — Append. à forme néoplasique. *Rev. de gynécol. et chirurg. abdom.*, 1898.

Le Dentu. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, mars 1896.

Spillmann. — *Presse médicale*, 7 sept. 1898. Abcès sous-phréniques.

Ménard. — *Thèse de Paris*, 1901. Variétés anatomiques de l'appendice.

Lafforgue. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiforme. *Journal internat. d'anat. et de physiol.* 1893.

F. Cathelin. — Abcès lombaire. *Presse médicale*, 20 juillet 1898.

Poirier. — *Soc. de chirurgie*, 6 juillet 1898.

Terrier. — *Revue de chirurgie*, 10 janv. 1900.

Routier. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1892, p. 424, 1895.

Dormoy. — *Thèse de Lyon*, 1897.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 7
CHAPITRE I. — **Historique** 9
CHAPITRE II. — **Anatomie.** — Appendice rétro-cœcal. Rapports que peut affecter l'abcès à son voisinage. 13
CHAPITRE III. — **Etiologie.** — Causes spéciales d'inflammation d'appendicite rétro-cœcale 21
CHAPITRE IV. — **Symptomatologie.** 27
CHAPITRE V. — **Pronostic et complications.** 34
CHAPITRE VI. — **Diagnostic.** 39
CHAPITRE VII. — **Traitement** 43
Observations 50
Bibliographie 73

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.